PROPOSITIONS

N° 246.

SUR

LA CATARACTE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-ANTOINE-JOSEPH CAMPAIGNAC, de Cintegabelle,

Département de la Haute-Garonne;

Ancien Élève interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; ancien Élève de l'École pratique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Président.*
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER, *Suppléant.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe, *Suppléant.*
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES ET SŒURS.

J.-A.-J. CAMPAIGNAC.

A MES MAÎTRES,

MESSIEURS BOYER ET ROUX,

Chirurgiens de l'hôpital de la Charité.

A MONSIEUR MURAT,

Chirurgien en chef de l'hospice de Bicêtre.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

J.-A.-J. CAMPAIGNAC.

En présentant à la Faculté une série de propositions sur une maladie spéciale, je ne me dissimule point tout ce qu'il y a d'insuffisant dans un pareil travail. Aussi j'éprouve le besoin de solliciter l'indulgence de mes juges ; toutefois, désirant que cette indulgence ne soit pas entièrement imméritée, je leur demanderai la permission de donner quelques explications et de prévenir quelques reproches.

L'histoire de la cataracte offre des points obscurs et controversés, et des points évidens et reconnus de tous ; j'ai dû négliger ceux-ci et m'apesantir sur les premiers. De là des omissions dans mon travail, mais des omissions volontaires. Je n'ai pas prétendu tout dire ; j'ai voulu seulement faire ressortir ce qui m'avait frappé dans les investigations longues et minutieuses que j'ai faites sur la cataracte dans les hôpitaux et surtout à l'hôpital de la Charité.

Mes propositions, quoique je ne les aie pas escortées d'observations, n'en sont pas moins des faits traduits en phrases générales ; et ces faits, je les ai par devers moi nombreux et maintes fois confirmés. Leur exposition détaillée m'eût entraîné au-delà des bornes d'une dissertation inaugurale.

Quelques phénomènes avaient passé inaperçus. Je les ai signalés, et j'ai tâché d'en apprécier la valeur.

Sur certains points je me trouve en contradiction avec les opinions reçues par les auteurs accrédités ; mais je ne me suis

permis de m'éloigner du sentiment de nos maîtres que lorsque j'ai eu pour moi des observations faites avec toute l'attention dont je suis capable; c'est sur ce que j'ai vu que s'est formée mon opinion; je me crois donc en droit de la défendre.

Enfin je désire aussi m'expliquer sur le choix de mon sujet. La cataracte, comme la lithotomie, a été long-temps la propriété d'hommes qui se livraient uniquement à cette opération, et l'on peut dire, en général, que ni l'art ni l'humanité n'y gagnaient. Ces portions séparées du domaine de la chirurgie fructifiaient peu entre les mains de ceux qui les cultivaient, et qui trop souvent abusaient de la crédulité publique. C'est donc un but louable, une conquête utile pour les vrais chirurgiens que de s'emparer de ces spécialités. Elles n'arriveront que par eux aux perfectionnemens dont elles sont susceptibles; car l'expérience prouve qu'autrement elles ne font guère de progrès entre la routine et le charlatanisme.

Telles sont les idées qui m'ont dirigé; heureux si je ne me montre pas indigne du maître célèbre auprès duquel je les ai puisées!

PROPOSITIONS

SUR

LA CATARACTE.

I.

La cataracte cristalline reconnaît pour cause un trouble dans les fonctions sécrétoires de la capsule d'enveloppe de la lentille visuelle; ce n'est que secondairement que ce corps devient opaque.

II.

La cause matérielle de la plupart des cataractes consiste dans une hydropisie de la capsule cristalline, dont le liquide s'altère, devient floconneux, s'épaissit de plus en plus, et se dessèche enfin, ainsi que le cristallin, à la surface duquel ce liquide forme une couche plus ou moins épaisse, qui l'empêche de s'imprégner de l'humidité nécessaire à sa transparence.

III.

Dans quelques cas, et cela arrive plus souvent chez les adultes, le liquide contenu dans la capsule cristalline dissout le cristallin par

une sorte de macération, en totalité ou en partie. C'est cet état de choses qui constitue les cataractes laiteuses : ces dernières peuvent devenir caséeuses, si elles s'épaississent davantage.

IV.

Si quelquefois l'opacité affecte primitivement le cristallin, la cause en réside encore dans la capsule ; car il faut que l'exhalation fournie par cette capsule ait diminué ou se soit supprimée.

V.

La cataracte membraneuse affecte presque exclusivement le feuillet antérieur de la capsule cristalline. Elle paraît le plus souvent être le résultat d'une inflammation avec épaississement, et le plus souvent aussi l'iris contracte avec cette membrane des adhérences plus ou moins intimes.

VI.

Les causes qui peuvent influer sur le développement de la cataracte cristalline sont peu susceptibles d'être appréciées. —Il ne paraît pas que cette maladie soit héréditaire. — Si des violences extérieures la produisent quelquefois, bien plus souvent elles ne la déterminent en aucune façon. — Il est loin d'être prouvé que certaines professions y prédisposent plutôt que d'autres.—Peut-être faudrait-il rechercher ces causes dans des conditions organiques particulières de l'appareil de la vision, auxquelles se rattacherait une plus grande susceptibilité de la vue. L'anatomie et la physiologie peuvent seules éclairer ce point d'étiologie.

VII.

La cataracte affecte plus communément les petits yeux. — Ceux de moyenne grosseur y sont moins exposés. — Les yeux gros y sont les moins sujets de tous.

VIII.

Les yeux à cornées larges sont bien plus souvent atteints de cataracte que ceux dont les cornées sont étroites.

IX.

La cataracte cristalline affecte de préférence les yeux bleus et les yeux gris ; ceux dont l'iris est châtain ou brun y sont moins sujets que les premiers.

X.

Il est très-rare que les myopes soient affectés de la cataracte.

XI.

L'ophthalmie, affection si commune, ne paraît pas avoir d'influence sur le développement ultérieur de la cataracte cristalline. Il est peu de personnes atteintes de cataracte qui aient été sujettes aux inflammations de la conjonctive. Il en est bien peu surtout qui aient éprouvé des ophthalmies intenses.

XII.

C'est à tort qu'on a avancé que dans la cataracte les pupilles étaient souvent irrégulières; la plupart du temps, au contraire, elles conservent leur forme ronde.

XIII.

Lorsque la cataracte commence, il se manifeste quelques légers troubles de la vue qui durent un temps indéterminé ; cependant le fond de l'œil paraît d'une transparence parfaite, et la pupille n'est ni plus large ni plus contractile que dans l'état naturel.

XIV.

Le fond des pupilles dans la cataracte confirmée offre des différences d'opacité qu'on peut ranger sous quatre chefs principaux :

1°. L'opacité uniforme,

2°. L'opacité avec nuages,

3°. L'opacité avec moirures,

4°. L'opacité avec stries.

XV.

L'opacité uniforme peut exister et dès le principe et lorsque la cataracte est ancienne. Dans le premier cas, elle est d'un blanc bleuâtre, et semble profondément située; dans le second, elle est d'un blanc mat tirant quelquefois sur le jaune, et paraît plus proche de la pupille.

XVI.

L'opacité avec nuages se montre surtout pendant les premiers mois de la maladie; il est rare qu'elle persiste jusqu'au moment de sa maturité. Le plus souvent elle n'est que passagère.

XVII.

L'opacité avec moirures peut aussi se manifester dès les premiers mois, mais elle persiste plus long-temps que la précédente; on la voit même durer jusqu'à la fin, comme cela arrive souvent dans les cataractes laiteuses.

XVIII.

L'opacité avec stries se manifeste ordinairement plus tard que les deux précédentes; c'est surtout lorsque la cataracte est parvenue au point de maturité, que ces stries, dont la forme et la largeur varient beaucoup, sont le plus apparentes.

XIX.

Cette différence dans l'opacité aux diverses époques de la maladie paraît dépendre des changemens successifs qui se passent, non dans le cristallin, mais dans une couche formée accidentellement entre lui et le feuillet antérieur de la capsule cristalline.

XX.

Cette couche accidentelle, molle et floconneuse chez les jeunes sujets et lorsque la cataracte est récente, devient ordinairement plus dense à mesure qu'elle devient plus ancienne.

XXI.

Il n'est pas rare que les malades affectés de cataracte voient les objets émaillés de plusieurs couleurs (polychromopie); quelquefois aussi ces objets semblent se multiplier (polyopie). Ces deux phénomènes surviennent lorsque la cataracte est déjà confirmée, sans être encore très-ancienne. La polychromopie disparaît ordinairement lorsque la cataracte approche de la maturité. La polyopie disparaît aussi quelquefois vers cette même époque; mais souvent, et surtout lorsque le fond de la pupille est strié, ce phénomène persiste plus long-temps que le premier.

XXII.

La polychromopie paraît dépendre de la décomposition que subit la lumière en traversant les flocons encore doués d'une certaine transparence qui constituent la couche située entre le cristallin et la capsule cristalline.

XXIII.

La polyopie dépend de l'inégale opacité de cette couche, de sorte que les objets vont par plusieurs points à la fois se dessiner sur la

rétine. On produit un phénomène semblable lorsque d'un lieu obscur on regarde des objets éloignés à travers une carte à laquelle on a pratiqué plusieurs petits trous avec une épingle.

XXIV.

Les cataractes congénitales et celles qui surviennent dans le bas âge paraissent, lorsqu'elles sont long-temps abandonnées à elles-mêmes, pouvoir retenir le globe oculaire dans un état de développement imparfait.

XXV.

Il est fort rare que des inflammations de la conjonctive se manifestent durant le cours d'une cataracte.

XXVI.

Les adhérences de la pupille à la capsule cristalline ne surviennent dans les cataractes du cristallin que lorsqu'il y a eu une inflammation plus ou moins aiguë des parties internes de l'œil, inflammation suivie de l'opacité du feuillet antérieur de cette membrane.

XXVII.

Il est rare dans les cataractes de bonne nature que les malades éprouvent des céphalalgies et de vives douleurs dans les yeux.

XXVIII.

Dans les cataractes compliquées d'amaurose, il arrive presque toujours que des douleurs vives se font ressentir plus ou moins long-temps soit dans la tête, soit dans les yeux, séparément ou à la fois. Souvent alors le fond de la pupille est verdâtre, quelquefois nuancé de jaune; souvent aussi dans ces cataractes de mauvaise nature, l'iris,

s'il était bleu ou gris, devient d'un gris fauve tacheté, et cette membrane est d'un aspect plus terne et comme dépolie.

XXIX.

Dans les cataractes congénitales il existe communément des mouvemens spasmodiques des globes oculaires, mouvemens qui le plus souvent disparaissent par degrés après une opération heureuse.

XXX.

L'opération de la cataracte faite par extraction procure, lorsqu'elle réussit aussi bien qu'il est possible, une guérison plus solide que l'opération faite par abaissement; mais d'un autre côté, les accidens, lorsqu'ils surviennent, donnent lieu à une difformité plus grande après la première qu'après la seconde.

XXXI.

Pour que l'opération de la cataracte par extraction réussisse bien, il faut que l'incision soit faite le plus près possible du limbe de la cornée. Dans le cas contraire, il est fort à craindre que la cicatrice ne soit saillante et inégale.

XXXII.

L'abaissement de la cataracte fait par le procédé de M. *Gensoul* paraît s'effectuer avec plus de facilité, et n'est pas suivi de plus d'accidens que le procédé ordinaire, à moins que l'incision pratiquée à la sclérotique n'ait été trop longue, car alors elle peut permettre l'issue d'une certaine quantité d'humeur vitrée.

XXXIII.

Lorsque, dans l'opération de la cataracte par extraction, après

avoir incisé la cornée, le chirurgien diffère d'extraire le cristallin, soit parce qu'il s'est écoulé d'abord un peu d'humeur vitrée, soit parce que, l'iris étant blessé, il s'est fait dans les chambres de l'œil un épanchement de sang, la plaie de la cornée se cicatrise en peu de jours, le sang épanché se résorbe sans qu'il se développe d'accidens graves. C'est du moins ce qui arrive le plus ordinairement; et même alors au bout d'une douzaine de jours l'extraction, peut être tentée de nouveau sans inconvénient.

XXXIV.

L'issue d'une portion d'humeur vitrée, lorsque le cristallin a été extrait ou déprimé par le procédé de M. *Gensoul*, n'est pas aussi innocente qu'on l'a bien voulu dire. Elle peut être suivie d'une inflammation profonde des parties internes de l'œil, à la suite de laquelle on voit le globe oculaire se tuméfier, se vider et s'atrophier.

XXXV.

Presque jamais on ne voit survenir des vomissemens spasmodiques après l'opération de la cataracte, qu'elle ait été pratiquée par extraction ou par abaissement.

XXXVI.

Des douleurs névralgiques de la face, bien plus rares lorsque le cristallin a été abaissé de la manière ordinaire, se manifestent souvent lorsque ce corps a été extrait ou qu'il a été déprimé par le procédé de M. *Gensoul*. Ces douleurs, qui peuvent attaquer séparément ou à la fois une ou plusieurs dents, tout un côté de l'une ou de l'autre mâchoire, les sourcils, les joues, la racine du nez, les tempes, et le cuir chevelu jusqu'à l'occiput, dénotent une inflammation plus ou moins étendue des parties internes de l'œil. Elles se manifestent le plus souvent du troisième au neuvième ou douzième jours après l'opération.

XXXVII.

L'inflammation signalée par ces douleurs névralgiques se termine rarement par résolution quand elle est abandonnée à elle-même; elle laisse le plus souvent des traces indélébiles de son passage.

XXXVIII.

On voit ces névralgies, une fois produites, être entretenues par le vésicatoire que l'on place à la nuque le jour de l'opération, et qu'on fait suppurer trop long-temps. D'abord effet des souffrances de l'œil, elles deviennent à leur tour cause d'un surcroît d'irritation pour cet organe.

XXXIX.

Les ophthalmies de la conjonctive, même les plus intenses, après l'opération de la cataracte, ne donnent pas lieu à ces névralgies, à moins qu'elles ne se compliquent d'inflammation interne de l'œil. D'un autre côté, ces douleurs ne se montrent dans les conjonctivites nées de toute autre cause que lorsqu'il se produit un staphylome.

XL.

Lorsque après l'extraction du cristallin, la cicatrice de la cornée est demeurée saillante, les frottemens des paupières entretiennent une irritation continuelle, et le plus souvent alors, si on n'a pas eu soin de réprimer avec le nitrate d'argent cette saillie inégale, la cornée se recouvre successivement de nuages, et finit par devenir tout à fait opaque.

XLI.

L'iris, après l'opération de la cataracte par extraction, peut con-

tracter des adhérences en avant à la cicatrice de la cornée, surtout lorsque celle-ci est inégale et saillante, en arrière à la capsule cristalline, lorsque cette dernière s'est enflammée et est devenue le siége d'une cataracte secondaire. Dans le premier cas, la pupille, comme attirée vers la cicatrice de la cornée, est devenue ovale et s'est élargie sans que ses bords aient cessé d'être réguliers; dans le second, cette ouverture s'est rétrécie, son pourtour est devenu inégal, et l'iris a paru éprouver en arrière un mouvement de retrait.

Après l'abaissement, les adhérences de l'iris ne paraissent pouvoir se faire qu'en arrière.

XLII.

Lorsque l'opération a été couronnée d'un plein succès, il peut arriver que sans cause connue il se fasse tout à coup, en une nuit par exemple, une coarctation complète de la pupille.

XLIII.

L'opération est dans beaucoup de cas suivie de cataractes secondaires, tantôt complètes, tantôt incomplètes, passagères quelquefois, le plus souvent persistantes.

XLIV.

Les cataractes consécutives temporaires suivent ordinairement de près l'opération. Je ne les ai vues qu'après l'extraction; elles ne sont point accompagnées de douleurs névralgiques de la face. Dans les cas que j'ai observés, il m'a paru que cette opacité passagère tenait à l'accumulation d'un liquide trouble dans la capsule cristalline qui aurait été résorbé, ou qui, plus tard, se serait fait jour dans les chambres de l'œil.

XLV.

Les cataractes secondaires persistantes offrent le plus souvent une

surface égale, d'un blanc mat; quelquefois, et cela arrive surtout lorsqu'elles ne sont que partielles, il existe en arrière de la pupille des points ressemblant tantôt à de petits flocons de laine, tantôt à des grains arrondis, qui sont presque toujours jaunâtres et adhérens au cercle pupillaire. Ces cataractes sont, la plupart du temps, précédées ou accompagnées de douleurs névralgiques de la face, variables sous le rapport du siége, de la durée et de l'intensité.

XLVI.

Les cataractes secondaires persistantes, qui présentent une surface égale, paraissent être le résultat d'une inflammation du feuillet antérieur de la capsule cristalline, inflammation qui, du point où ce feuillet a été divisé, s'est étendue vers la circonférence. En effet, lorsque cette cataracte est partielle, on la voit siéger le plus ordinairement vers le bas et sur la ligne médiane de la pupille. Deux fois sur le cadavre j'ai constaté que ces cataractes partielles consistaient en une opacité du feuillet antérieur de la capsule sur les côtés du point où l'incision avait été faite.

XLVII.

Les cataractes secondaires persistantes qui existent en formant un certain relief, peuvent être le résultat, ou d'une exsudation plastique, ou d'un lambeau flottant et épaissi de la capsule cristalline, ou bien d'une portion incomplètement résorbée de ce qu'on appelle *les accompagnemens de la cataracte.*

XLVIII.

Après l'opération de la cataracte par abaissement, le cristallin déprimé est tantôt retenu par une fausse membrane organisée en forme de kyste, tantôt (ce qui est plus fréquent) libre et flottant dans la chambre postérieure de l'œil; et, dans ce cas, à chaque mouvement

que le globe oculaire exécute, on voit la lentille cristalline se mouvoir, monter et descendre, paraître et disparaître alternativement à la partie inférieure de la pupille.

XLIX.

Lorsque le cristallin se trouve ainsi flottant dans l'humeur aqueuse, il peut, de la chambre postérieure de l'œil, passer dans l'antérieure. Cet accident arrive même plusieurs années après l'opération.

L.

Quelquefois l'opération de la cataracte semble avoir été suivie d'un plein succès; et pourtant quoique le fond de la pupille soit parfaitement clair, les malades ne distinguent bien que la nuit du jour; tout le reste pour eux n'est que confusion. Cette circonstance tiendrait-elle, comme le présume M. le professeur *Roux*, à ce que dans ce cas le corps vitré ne s'arrondirait pas au niveau de la pupille, et qu'à la place qu'occupait le cristallin, il resterait une dépression en forme de fossette. Cet état de la vue serait peut-être corrigé par des verres convexes. Mais un phénomène, dont l'explication m'échappe, c'est celui que m'a offert une personne, qui se trouvant dans ce cas, voyait bien avec une loupe, et mieux avec des verres concaves.

LI.

Un vésicatoire à la nuque, appliqué, dans tous les cas, le jour même de l'opération, me paraît, surtout lorsqu'on le fait suppurer trop long-temps, pouvoir devenir nuisible en favorisant le développement des douleurs névralgiques de la face ou en les entretenant. (Voyez propositions XXXVI, XXXVII et XXXVIII.)

LII.

Il est d'une importance extrême de combattre dès le début, et quel-

que faibles qu'elles soient en apparence, les inflammations des yeux soit extérieures, soit intérieures, qui se manifestent à la suite de l'opération de la cataracte, puisqu'il est vrai que certaines de ces phlegmasies, même très-limitées, peuvent rendre nuls ou très-imparfaits les bienfaits de l'opération, en favorisant le développement des cataractes secondaires, bien plus communes qu'on ne pense.

LIII.

Certaines de ces inflammations ne donnent lieu à des phénomènes généraux que lorsqu'elles sont étendues, et qu'elles ont acquis déjà un certain degré d'intensité; il faut porter une attention scrupuleuse sur tous les phénomènes, même les plus légers, qui se passent, soit dans l'organe de la vue lui-même, soit dans le voisinage. Ainsi des douleurs pulsatives, même médiocres, se faisant encore ressentir dans l'œil vingt-quatre heures après l'opération; de simples douleurs dans une ou plusieurs molaires, qui tendent à prendre le caractère des névralgies et à gagner les parties voisines, indiquent souvent le début d'une inflammation interne, que l'on doit se hâter de combattre par les moyens antiphlogistiques locaux et généraux.

LIV.

Les accidens inflammatoires se manifestent souvent durant les trois premiers jours qui suivent l'opération de la cataracte; mais on les voit aussi survenir non moins souvent peut-être du sixième au neuvième jours, bien qu'avant le premier pansement tout allât pour le mieux.

LV.

L'anatomie pathologique nous fait reconnaître dans la cataracte cinq états différens du cristallin :

1°. Ce corps se trouve à l'état d'un liquide blanchâtre, de con-

sistance variable, qui contient quelquefois un noyau lenticulaire très-mou et très-petit.

2°. Différant peu de sa consistance ordinaire, il se montre enveloppé d'une couche blanchâtre ou d'un blanc bleuâtre, comme caillebottée.

3°. Il est plus consistant, plus épais et plus jaune que dans l'état naturel, offrant en avant dans toute son étendue et quelquefois en arrière vers sa circonférence une couche solide facile à détacher, et dans laquelle se trouvent dessinées le plus souvent les stries et les taches que l'on voit avant l'opération dans le fond de la pupille.

4°. Il est plus jaune, plus consistant, mais moins épais que dans l'état précédent, offrant au centre un noyau plus dur, plus foncé que le reste et facile à isoler. Si indépendamment de ce noyau central on voyait avant l'opération d'autres taches ou stries distinctes, on les retrouve à la partie antérieure, près de la surface du cristallin.

5°. Enfin il peut arriver à une consistance presque pierreuse.

Telles sont du moins les seules altérations que j'aie rencontrées sur près de deux cents cristallins que j'ai eu occasion d'examiner. Je ne prétends nullement nier l'existence des autres altérations qu'ont observées les auteurs, entre autres la cataracte noire.

FIN.

CANONS ET REIGLES CHIRURGIQUES

D'AMBROISE PARÉ.

I.

Au mal de pied, ou jambe, ou cuisse
Le lict est salubre et propice. *R.*, n°. 10.

II.

L'ulcère rond ne reçoit cure,
S'il ne prend une autre figure. *R.*, n°. 20.

III.

En l'ulcère érysipélas
On doit estre purgé par bas. *R.*, n°. 21.

IV.

L'office du bon médecin
Est de guarir la maladie ;
Que s'il ne vient à ceste fin,
Au moins faut-il qu'il la pallie. *R.*, n°. 28.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

(*dente* DE MERCY).

I.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 6, *aph.* 6.

II.

Ab hydrope detento, si aqua secundùm venas in alvum fluxerit, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 14.

III.

Hydropicis tussis superveniens, malum. *Ibid.*, *aph.* 35.

IV.

In ictericis hepar durum fieri, malum. *Ibid.*, *aph.* 42.

V.

Ex osse ægrotante caro livida, malum. *Sect.* 7, *aph.* 2.